

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N 640

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 19 juillet 1901 à 9 heures

PAR

ÉMILE GAUDU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PARALYSIE FACIALE

DANS LE ZONA

Président : M. DEBOVE

Juges : MM. { ROGER, WURTZ,
TEISSIER

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

1901

THE DOCTOR'S MEDICINE

BY DR. J. C. BROWN

CONTAINS A FULL

RECORD OF THE

AND THE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

640

Année 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 19 juillet 1901 à 9 heures

PAR

ÉMILE GAUDU

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PARALYSIE FACIALE

DANS LE ZONA

Président : M. DEBOVE

*Juges : MM. { ROGER, WURTZ,
TEISSIER*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.		
Professeurs.	MM.		
Anatomie.	FARABEUF.		
Physiologie.	CH. RICHET.		
Physique médicale.	GARIEL.		
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.		
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.		
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.		
	HUTINEL.		
Pathologie médicale.	BRISSAUD.		
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE.		
Anatomie pathologique.	CORNIL.		
Histologie.	MATHIAS DUVAL.		
Opérations et appareils.	BERGER.		
Pharmacologie et matière médicale.	POUCHET.		
Thérapeutique.	LANDOUZY.		
Hygiène.	PROUST.		
Médecine légale.	BROUARDEL.		
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	DEJERINE.		
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTENESSE.		
	DIEULAFOY.		
Clinique médicale.	DEBOVE.		
	JACCOUD.		
	HAYEM.		
	GRANCHER.		
Maladie des enfants.			
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.		
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.		
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.		
	DUPLAY.		
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.		
	TILLAUX.		
	TERRIER.		
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.		
Clinique ophtalmologique.	PANAS.		
Clinique d'accouchements.	BUDIN.		
	PINARD.		
Clinique gynécologique.	POZZI.		
Clinique chirurg. infantile.	KIRMISSON.		
Agrégés en exercice.			
MM. ACHARD	MM. FAURE.	MM. LEPAGE	MM. THIERY
ALBARRAN	GAUCHER	MARFAN	THIROLOIX
ANDRÉ	GILLE DE LA TOURETTE	MAUCLAIRE	THOINOT
BONNAIRE	HARTMANN	MENETRIER	VAQUEZ
BROCA AUG.	HEIM	MÉRY	VARNIER.
BROCA AND.	LANGLOIS	REMY	WALLICH
CHARRIN.	LAUNOIS	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LEGUEU	SEBILEAU	WIDAL
DELBET.	LEJARS	TEISSIER	WURTZ
DESGREZ.			
DUPRÉ.			

Chefs des Travaux anatomiques **M. RIEFFEL**
Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance
et de tout mon amour filial

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Professeur de clinique interne à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Officier de la Légion d'honneur



INTRODUCTION

En médecine, il est des affections que l'on rencontre pour ainsi dire à chaque pas telles que pneumonie, tuberculose, bronchite, etc., etc., et dont l'étiologie, la pathogénie, les symptômes cliniques, l'évolution en un mot nous est bien connue.

A côté de celles-là, il en est d'autres moins fréquentes il est vrai, mais aussi bien moins connues quant à leur étiologie et leur pathogénie, deux points pourtant forts intéressants et sur lesquels repose en quelque sorte la maladie toute entière. Ici, parmi bien d'autres, je citerai seulement le zona ou *zoster*, encore appelé par M. Landouzy *fièvre zostérienne*.

Nous en connaissons la symptomatologie et l'évolution clinique ; mais quand il s'agit d'expliquer les complications qu'il peut entraîner, et par complications je veux parler seulement des paralysies faciales, toutes les théories interviennent : malheureusement bien peu sont irréfutables et admissibles. Une cependant attire toute notre attention, car elle permet, il me semble, de

relier entre eux, le zona et la paralysie faciale, les faisant découler tous les deux d'une même origine infectieuse. J'ai dit le mot, c'est la *théorie infectieuse*.

Ceci posé, dans un premier chapitre, je m'efforcerai de décrire le zona en lui-même et d'en démontrer sa nature infectieuse, m'appuyant sur son début fébrile, sur son évolution quasi-cyclique et presque toujours avec les mêmes symptômes, sur sa contagiosité, son épidémicité, enfin sur l'immunité que confère une première atteinte. Comme derniers arguments, j'invoquerai la bactériologie et la leucocytose.

Dans un deuxième chapitre, j'étudierai la coïncidence de la paralysie faciale et du zona. J'insisterai sur l'apparition de ces paralysies, sur leur marche et leur pronostic toujours bénin, enfin sur les relations qui existent ou qui peuvent exister entre la disparition de ces paralysies et celles de l'éruption zostérienne.

Il me semble bon aussi de montrer les rapports qui existent entre le siège de la paralysie et celui du zoster.

En dernier lieu, en invoquant l'infection, j'étudierai la pathogénie qui relie ces deux lésions l'une à l'autre. Ceci posé, et avant d'entrer dans le plein de notre sujet, nous sommes heureux de pouvoir remercier ici, en terminant nos études, nos maîtres dévoués de l'École de médecine de Rennes.

MM. les docteurs Delacour, directeur honoraire de

l'école de médecine et Aubrée, nous initièrent aux premières difficultés du début. MM. les docteurs Dayot H., Follet, Bodin, Lemoniet, Bertheux, surent toujours nous intéresser à leurs leçons magistralement exposées et nous faire profiter de leur enseignement clinique.

Que tous veuillent bien agréer nos hommages et l'assurance de notre gratitude.

M. le docteur Perret nous a appris l'art des accouchements, nous sommes heureux de l'en remercier et de lui assurer notre reconnaissance.

Prions également M. le docteur Perrin de la Touche, directeur de l'École de médecine de Rennes, d'agréer l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions bien sincèrement aussi M. le docteur Sainton, chef de clinique de M. le professeur Debove, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, et M. le docteur Klippel, qui nous a aidé dans une large part de ses précieux conseils. M. le docteur Roger, professeur agrégé à la Faculté, a bien voulu nous confier une observation inédite de paralysie faciale zostérienne. Qu'il nous permette de lui témoigner ici l'expression de notre gratitude.

Que M. le professeur Debove qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, daigne recevoir l'assurance de notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE I

ÉTUDE DU ZONA ET DE SA NATURE

M. le professeur Landouzy a donné du zona la définition suivante : « Le zoster est une détermination sur le système nerveux d'une maladie générale ayant pour manifestation apparente une éruption vésiculeuse. »

Acceptant cette définition, nous éliminons par là-même, de l'objet de notre étude tous les zonas symptomatiques que l'on rencontre dans une multitude de cas et qui répondent plus à une lésion nerveuse qu'à une maladie générale. C'est ainsi que nous laissons totalement de côté, tous les zonas de cause locale tel que celui décrit par Weir-Mitchel comme consécutif à un refroidissement, celui que M. Charcot a vu apparaître à la suite de traumatismes tels que piqures, coups violents, etc., etc. Nous n'étudierons pas également les zonas de cause générale qui ne sont que symptômes d'une intoxication par l'oxyde de carbone (Lendet et

Mougeot), par le plomb (Lomier), l'arsenic (Hutchinson), l'alcool (Parrot).

Certains zona même se développant au cours d'infections telles que rhumatisme (Leudet), embarras gastrique (Parrot), pneumonie (Potain), tuberculose (Rendu, Potain, Leudet), grippe (Letulle), seront également laissés de côté, ne répondant nullement à la définition de M. Landouzy que nous avons acceptée et ne faisant que traduire l'action de certaines toxines microbiennes quelconques.

Ayant éliminé tous ces zonas symptomatiques, nous nous trouvons en présence d'un zoster infectieux essentiel, maladie générale évoluant comme une maladie infectieuse. Ceci nous amène à dire quelques mots de sa symptomatologie.

Symptomatologie. — Son début est quelquefois brusque et sans prodromes appréciables ; mais le plus souvent quelques prodromes ouvrent la scène.

C'est un malaise général, des troubles divers du côté des organes digestifs, un mouvement fébrile plus ou moins accentué comme au début de toute maladie infectieuse.

On peut avoir dès ce moment des phénomènes locaux et voir la peau à l'endroit où va se faire l'éruption, devenir le siège de picotements, de démangeaisons, de douleurs névralgiques. La maladie passe

bientôt à la période d'état et est alors caractérisée par une éruption, des douleurs, des phénomènes généraux et quelquefois par des manifestations à distance.

L'éruption, généralement bornée à la moitié latérale du corps, passe par les trois stades érythémateux, vésiculeux et croûteux. Cette éruption est formée par des vésicules de volume variable, les unes petites et tendues, les autres très grandes et très flasques : Elles ont comme caractère particulier de reposer sur un fond rouge érythémateux, et d'être séparées par des espaces de peau saine.

Les phénomènes douloureux sont très variables comme intensité et durée et sans rapport avec l'éruption. Il n'y a aucune parité entre les phénomènes irritatifs de la peau et l'intensité des douleurs névralgiques.

En même temps que les phénomènes douloureux, on peut rencontrer des zones d'anesthésie et d'hyperesthésie disséminées au milieu des groupes des vésicules. En général ces troubles de la sensibilité sont plus prononcés au pourtour des réunions vésiculeuses.

Les phénomènes généraux sont ordinairement peu intenses. C'est une fièvre variable débutant un ou deux jours avant l'éruption et atteignant 38°, 38°5, 39°. Cette fièvre peut même cesser au moment de l'apparition des vésicules, ou bien quelquefois persister jusqu'à la cicatrisation complète. C'est encore de l'anorexie, des nau-

sées, de l'embarras gastrique, de la constipation suivie quelquefois de diarrhée fétide.

La maladie évolue d'une façon cyclique comme toutes les infections : D'abord réaction générale de l'organisme, puis un ou deux jours après, apparition d'une éruption passant par les trois stades érythémateux, vésiculeux et croûteux. A ce moment les douleurs disparaissent, la fièvre, si elle n'est pas tombée au début de l'éruption, disparaît alors et la guérison se fait. La durée moyenne de la maladie est de deux septenaires. Outre ces signes ordinaires, le zoster nous présente une série des manifestations à distance qui affirment une fois de plus la nature infectieuse de la maladie. Ce sont des zones d'anesthésie et d'hypéresthésie à distance, des vésicules aberrantes, enfin et surtout des paralysies à distance.

De ces paralysies zostériennes, il en est que dans le cours de nos années d'études, nous avons eu le bonheur de pouvoir observer : ce sont celles de la septième paire, nerf facial, et ce sont elles qui feront spécialement l'objet de cette étude.

Quoiqu'il en soit, la nature infectieuse du zona que nous nous sommes proposé de démontrer dans ce chapitre est encore établie par les faits suivants : L'affection est épidémique, contagieuse, et une première atteinte confère l'immunité.

Hardy avait déjà dit : « Un cas de zona n'est jamais seul dans un hôpital.

Simon en 1840, en observe une épidémie à Saint-Louis.

Weis, à Pragues, en observe 15 cas en deux mois.

Fèvre dans la *Revue de Médecine*, 1890, signale l'épidémie de Bicêtre.

Enfin, M. Brissaud dit dans une de ses cliniques : « Il est avéré qu'à certaines époques, nous voyons se succéder parmi les consultants d'un même quartier cinq, six et même jusqu'à dix malades atteints de zona. » Ces époques semblent être surtout le printemps et l'automne.

La contagiosité du zoster est également prouvée par les faits suivants. Rauzier-Joly dans sa thèse inaugurale rapporte ce fait : « Un parisien atteint de zona arrive en province, dans un village où il n'existait certainement aucun cas de cette affection. En moins de six semaines, sept nouveaux cas se déclarent. » M. Besnier signale aussi un cas de contagion dans son service : « Un de mes élèves, en examinant un zona ophtalmique dans mon service, contracte lui-même un zona qui fut suivi de paralysie faciale grave. »

Enfin une première atteinte confère l'immunité. Hardy, le premier, dit : « Le zona ne récidive pas, s'il réapparaît c'est exceptionnellement, car je n'ai guère vu en tout que deux ou trois récidives. »

Neumann et Kaposi signalent aussi le fait.

De ce court exposé du zona, nous pouvons donc déjà déduire que cette affection est bien, ainsi que nous l'avons dit en tête de notre étude, une maladie générale et infectieuse.

Pour le prouver encore d'une façon plus évidente, je ferai appel à l'analyse du sang, à sa forme hémoleucocytaire, si bien étudiée à Bordeaux par MM. Mathis et Sabrazès.

« Il y a peu de modifications dans le nombre de globules rouges et dans le taux de l'hémoglobine. Les hématies ne présentent aucune espèce d'altération. Les globules blancs sont au-dessus de la normale (16.740, 11.780) le premier jour de l'éruption. Cette hyperleucocytose augmente les jours suivants (19.980) et peut persister jusqu'au quatrième jour (14.280) ou même jusqu'au cinquième.

L'augmentation du nombre de globules blancs porte sur les divers types leucocytaires, mais, particulièrement, sur les polynucléaires neutrophiles et sur les éosinophiles. Quand survient le stade ou le contenu des vésicules devient louche ou purulent (sixième jour environ), le nombre des globules blancs fléchit ; redevient normal ou légèrement hyponormal (6.200, 6.820). La baisse porte encore ici principalement sur les polynucléés neutrophiles et sur les éosinophiles. La période de dessiccation et de desquamation (8^e au 12^e jour), est

marquée par une nouvelle poussée d'hyperleucocytose totale (16.120, 9.920), parfois avec éosinophiles plus marqués. Puis au bout de deux semaines le sang a repris ses caractères normaux.

« Dans les vésicules claires, le premier jour de l'éruption, on compte 79 o/o de polynucléés neutrophiles, 19 o/o de lymphocytes, 1 o/o de grands nucléés, pas d'éosinophiles.

« De nombreux microbes se présentent sous forme de bâtonnets très grêles, étranglés au centre ; ils formaient, dans un cas, des foyers de culture dans les vésicules. Les jours suivants, le pourcentage des polynucléés neutrophiles augmente dans la sérosité des lésions (96 o/o) et les bâtonnets y deviennent de moins en moins nombreux. Le sixième jour, dans la sérosité louche, aux polynucléés neutrophiles, en voie de désintégration, sont associées des nombreuses cellules éosinophiles. »

Cette formule hémoleucocytaire plaide largement en faveur de la nature infectieuse du zona et confirme pour ainsi dire tout ce que nous avons avancé plus haut.

En outre, la bactériologie nous apprendra, probablement d'ici peu, quel est le véritable germe spécifique de la fièvre zostérienne. Depuis longtemps déjà, Pfeiffer

a signalé, dans les parties de la peau « infectées », un protozoaire que Wasilewsky dit avoir aussi rencontré.

Mathis et Sabrazès ont rencontré quelque chose qu'ils décrivent sous forme de bâtonnets grêles et étranglés en leur milieu.

Gilbert Hay (de San Francisco) nous montre le vrai zona, le zoster, comme toujours précédé d'adénopathies latérales ou même généralisées. Dans un cas, Hay a fait l'examen microscopique de l'adenopathie zostérienne et a rencontré des cocci.

Jusqu'ici l'accord n'est point unanime sur ce *bacillus zoster* ou *zosteri bacillus*. L'on doit pourtant reconnaître que la majorité des auteurs, qui se sont occupés de cette question, déclare avoir rencontré quelque chose, soit dans les vésicules mêmes, soit dans les ganglions lymphatiques, soit tout autre part.

Tout dernièrement, MM. Lœper, interne de M. le professeur Dieulafoy, et M. Achard ont fait des ensemcements de liquide rachidien obtenu par ponction lombaire et toujours ils ont eu un résultat positif.

Nous nous résumons en citant cette phrase de M. le professeur Landouzy. « J'espère en avoir dit assez pour montrer que le zona est une maladie générale, spontanée, aiguë, presque cyclique, se terminant toujours par guérison, conférant l'immunité, maladie générale à détermination cutanée circonscrite, laquelle

manifestation cutanée est subordonnée à une neuropathie spécifique. »

Le zoster est en somme une maladie générale avec neuropathie.

CHAPITRE II

COÏNCIDENCE DE LA PARALYSIE FACIALE ET DU ZONA

Les observations de paralysies faciales zostériennes sont encore peu fréquentes. MM. Klippel et Aynaud, en 1897, ont pu réunir 17 cas typiques; ils ont bien soin d'éliminer de leur mémoire les observations concernant les cas d'herpès survenant au cours d'une paralysie faciale par compression, par carie du rocher, etc.

Les observations relatées dans le mémoire de MM. Klippel et Aynaud ont été retrouvées par eux dans des revues ou dans des mémoires divers. Ce sont celles de : MM. Letulle (2 cas), Remack (1 cas), d'Eulenburg (1 cas), Strubing (1 cas), Tryde (1 cas), Greenough (1 cas), Coob et Testaz, Spencer, Rable, Grassmann, Raymond et enfin quelques-unes par les auteurs du mémoire eux-mêmes.

M. Champion (Thèse de Paris, 1900) rapporte à son tour un certain nombre d'observations nouvelles : une de M. Remack et une d'Olaf Frich, non rapportées par

MM. Klippel et Aynaud ; celle de Lannois, de Lyon ; celle de Sottas et de Gaucher, parues toutes deux depuis leur mémoire ; et enfin celle de M. Thibierge.

Nous citerons à notre tour trois observations de paralysie zostérienne, dont l'une recueillie par M. Sainton, chef de clinique de M. le professeur Debove à l'hôpital Beaujon ; la seconde due à l'obligeance de M. le docteur Roger, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et recueillie dans son service à l'hôpital d'Auber-villiers. Quant à la troisième, M. le docteur Klippel, médecin des hôpitaux, nous en a donné le résumé.

Description clinique.

Au point de vue clinique, nous étudierons successivement :

1° Le siège du zona qui va se compliquer de paralysie faciale ;

2° La date d'apparition de la paralysie .

3° Les symptômes, la marche et le pronostic de ces paralysies.

1° *Siège.* — La paralysie faciale étant un accident à distance du zona, l'éruption vésiculeuse peut ne pas siéger forcément à la face.

M. Champion nous apprend, en effet, que, sur les 25 cas qu'il rapporte, la face a été seule occupée par l'éruption dans neuf cas seulement ; huit fois la face fut

atteinte en même temps qu'une autre région ; huit fois enfin la face fut absolument indemne.

Dans les trois nouvelles observations que nous rapportons, nous voyons que le siège du zona est absolument indifférent. Dans l'observation communiquée par M. Sainton, le zona intéressait le plexus cervical superficiel : dans le cas, observé dans le service de M. Roger, le zona occupait le territoire de la branche maxillaire du trijumeau ; dans l'observation de M. Klippel enfin, le zona fut facial.

En présence de ces faits, nous ne pouvons mieux faire que d'accepter les conclusions de M. Klippel dans une de ses cliniques. « Quand le zona se complique de paralysie faciale, l'éruption vésiculaire peut n'intéresser la face que d'une façon accessoire, ou même pas du tout. »

2° Date d'apparition de la paralysie. — En général, la paralysie faciale survient dans les premiers jours de l'éruption, rarement presque en même temps, quelquefois quinze jours après l'apparition des vésicules.

C'est ainsi que dans notre observation I (Letulle), nous voyons la paralysie apparaître au vingtième jour de l'éruption ; dans l'observation II (Remack), elle se montre au deuxième jour ; dans l'observation III (Strübing), presque en même temps que l'éruption ; dans l'observation IV, au sixième jour ; dans l'observation V (Besnier), la paralysie se manifeste au bout de la

seconde semaine ; au bout du deuxième jour dans l'observation VI (Letulle). Dans l'observation VII (Darabseth), la date de la paralysie n'est pas connue d'une façon précise, tandis que dans l'observation VIII (Rablé), nous voyons la paralysie faciale débiter au cinquième jour, le onzième jour dans l'observation IX (Grassmann). Dans l'observation X (Raymond), le zona et la paralysie débutent presque en même temps, dans celle de Klippel et Aynaud (obs. XI), la paralysie faciale apparaît du premier au deuxième jour, elle apparaît exactement au cinquième jour dans l'observation de Thibierge (obs. XII). Si nous étudions maintenant les observations nouvelles que nous avons pu recueillir, nous voyons que c'est huit jours après le début de l'éruption qu'apparaît la paralysie dans le cas observé par M. Sainton (obs. XIII), quatre jours après dans le cas de M. Roger (obs. XIV), et dans la deuxième semaine de l'éruption dans notre troisième observation due à l'obligeance de M. Klippel (obs. XV).

En résumé, c'est surtout dans la première semaine qui suit le début de l'éruption, que l'on voit apparaître la paralysie faciale zostérienne.

3° *Symptômes et marche.* — Tout comme la paralysie faciale *a frigore*, la paralysie faciale zostérienne est partielle ou totale ; elle siège généralement du côté cor-

respondant au zona, bien que M. Raymond rapporte un cas de diplégie faciale évoluant en même temps qu'un zona unilatéral de la face.

Dans la majorité des cas, les muscles de la face sont seuls atteints; quelquefois cependant on trouve une déviation du voile du palais (obs. IV, Testaz), une altération du sens du goût (obs. VII, X, XI). Dans l'observation XII, la parole est embarrassée, la déglutition difficile, la langue et la luette déviées du côté sain; il y a en outre de l'hypo-acousie.

Tous ces troubles se rattachent évidemment à des lésions des collatérales profondes de la septième paire. La topographie de la paralysie faciale zostérienne est donc comparable à celle de la paralysie faciale *a frigore*. Tout comme cette dernière, elle est variable dans ses degrés.

Est-elle intense, les traits du visage seront nettement déviés; on notera l'abolition des réactions électriques dans les muscles atteints. Est-elle légère, elle ne se manifesterá que par une certaine gêne de la mimique, elle pourra même passer inaperçue. Entre ces deux extrêmes on pourra trouver tous les intermédiaires.

Evolution. — Les symptômes évoluent presque toujours dans l'ordre suivant. La névralgie est toujours la première en date, puis apparaît l'éruption zostérienne et enfin la paralysie faciale.

La guérison est la règle, et la maladie, d'après les

observations connues, a une durée minimum de quatre jours et maximum de quatre mois.

Diagnostic. — Une paralysie faciale, survenant dans le cours d'une éruption vésiculeuse nettement zostérienne, et alors que les symptômes se sont exactement succédés dans l'ordre que nous venons d'indiquer, névralgie, éruption, paralysie, ne saurait reconnaître une autre origine que la fièvre zostérienne.

On ne rattachera pas au zona ces paralysies faciales accompagnées d'éruption zostéroïde, mais ayant été nettement les premières en date, dans l'ordre d'apparition.

Une paralysie a frigore pourrait en effet s'accompagner de névrite périphérique amenant des éruptions zostéroïdes, mais alors les deux maladies évoluent chacune pour leur propre compte.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (LETULLE)

*Sur un cas de zona ophtalmique gangréneux compliqué
de paralysie faciale.*

Pépossier (Jules), cuisinier 51 ans, entre le 25 avril 1880, dans le service de Velpeau à la Charité.

Le 19 avril en se levant, il ressentit, dans toute la région frontale droite et au niveau de l'angle externe de l'œil droit, une douleur vague, sorte de gêne et de pesanteur qui persiste toute la journée pendant son travail.

Le 20. — La douleur était devenue très vive, insupportable, elle occupait toute la région fronto-pariétale droite, irradiant dans la paupière supérieure dont le bord était le siège d'une sensation de cuisson très pénible.

Depuis ce jour, jusqu'à son entrée à l'hôpital, cette douleur diffuse n'a fait que s'accroître, elle est devenue atroce; hier, enfin, une éruption vésiculeuse a commencé à se produire au niveau des régions douloureuses.

Etat actuel. — L'éruption constituée par des vésicules jaunes-brunâtres, légèrement affaissées et réunies en pla-

ques, occupe sur la région frontale droite un espace parfaitement limité : à gauche par la ligne médiane, à droite par une ligne verticale passant par le milieu du sourcil.

La racine du nez du côté droit, la paupière supérieure droite, au niveau de l'angle interne de l'œil, sont également le siège d'une éruption vésiculeuse. Le cuir chevelu est respecté. Tout le reste de la région frontale droite, les deux paupières et la presque totalité de la joue droite sont le siège d'une douleur très vive et d'une desquamation épidermique; les régions érythémateuses sont envahies par un œdème très notable qu'on constate également, mais moins vif, dans la région pariéto-temporale droite. Sur l'aile droite du nez, se voit en outre un autre îlot de vésicules contenant un liquide incolore.

L'œil droit s'ouvre difficilement à cause du gonflement des paupières. Les conjonctives sont rouges et gonflées, la cornée et l'iris sont normaux. Pas de photophobie. Rien dans la cavité buccale. La sensibilité semble diminuée dans le voisinage des plaques herpétiques.

Dès le surlendemain de son entrée, la douleur a presque complètement disparu : la pression sur les points d'émergence des nerfs sus et sous-orbitaires est encore pénible.

Les ganglions sous-maxillaires droits sont engorgés et douloureux ; à gauche, les ganglions sous-maxillaires sont douloureux aussi, et légèrement tuméfiés, mais moins que du côté du zona.

20 avril. — Abondante suppuration sous les croûtes formées par l'éruption. Sous les croûtes, on découvre quelques plaques gangréneuses.

1^{er} mai. — L'œdème des joues a diminué, suppuration abondante.

4 mai. — Cicatrisation rapide, la conjonctive est toujours injectée.

7 mai. — Quelques douleurs dans la face, dans la région du sous-orbitaire et du nasal qui se représentent le 9 mai.

10 mai. — La cicatrisation est complète. En regardant le malade, on s'aperçoit qu'il est atteint d'une paralysie faciale incomplète du côté droit. Hier, il s'est aperçu, tout à coup en buvant, que le liquide s'échappait de sa bouche par la commissure labiale. Les aliments s'accumulèrent dans le sillon gingivo-labial. L'orbiculaire des paupières droites ne peut oblitérer complètement l'orifice palpébral; cependant la paupière supérieure droite est légèrement abaissée. Les rides ont disparu à droite. Le voile du palais, la langue sont intacts : l'ouïe est normale à droite.

11 mai. — La paralysie faciale s'accuse ; diminution de la contractilité faradique des muscles.

13 mai. — L'orbiculaire et la totalité des muscles de la face du côté droit ne réagissent plus du tout sous la faradisation.

L'anesthésie persiste la même dans les régions signalées, (territoires du sus-orbitaire et du sous-orbitaire droits). La paralysie faciale diminue à partir du 25 mai et le 30 mai, le malade quitte l'hôpital presque guéri.

En résumé : Zona des deux premières branches du trijumeau. Paralysie faciale au 20^{me} jour de la maladie et qui dura trois semaines.

OBSERVATION II (REMACK)

*Ueber complication von Herpès Zoster occipito-collaris
mit gleichzeitiger schwerer peripherer Facialis
paralyse (Ecourtée).*

Ouvrier âgé de 44 ans, entré le 14 septembre 1885. Il tombe malade le 9 septembre, en présentant des douleurs à la nuque, au côté gauche du cou, dans la fosse auriculo-mastoidienne et à la face. Il a eu, paraît-il, le même jour quelques petites taches rouges dans les régions douloureuses.

Le 11 septembre, il présenta à son réveil de l'asymétrie de la face et le lendemain survint la paralysie au même degré où elle paraît aujourd'hui. En même temps : goût amer dans la moitié gauche de la langue, surdité et bourdonnements dans l'oreille gauche.

Par son métier d'étameur, il est souvent exposé à des variations de température, mais il ne se souvient pas d'avoir subi de refroidissement qui eût occasionné la maladie actuelle.

Il a eu une pleurésie il y a 6 ans.

Etat actuel. — Paralysie faciale complète avec lagophthalmie sans ectropion. Pas de déviation du voile du palais; celui-ci se lève symétriquement dans la phonation. Pas de dysphagie.

Pas de différence de goût à l'expérimentation dans les deux moitiés de la langue, cependant dans la moitié gauche sensation obtuse.

Le bruit d'une montre n'est pas perçu par le malade à un pouce de l'oreille.

A l'examen de l'oreille, on trouve un bouchon de cérumen avec otite moyenne chronique.

Le malade entend double les sons de musique, surtout les sons hauts, et quand on parle haut, il perçoit deux voix.

Eruption fraîche d'herpès par groupes d'une largeur de 2 ou 3 centimètres.

(L'auteur décrit l'éruption et termine en la définissant : « Zona occipito-collaris de Barensprung » ou « Zona de la nuque et du cou de Hebra »).

A la recherche objective de la sensibilité, on trouve une légère analgésie à gauche. Pourtant à l'épreuve du compas du tact, il n'y a pas de différence. L'examen électrique du facial a été fait. On a trouvé pour le facial droit : contraction minime à 25 millimètres ; pour le facial gauche à 10 millimètres.

Il s'agit donc ici d'un cas de paralysie faciale avec évolution caractéristique des symptômes électriques.

Nous pouvons localiser la lésion nerveuse du facial, avec une certitude mathématique, par la participation du goût et de l'ouïe et la non participation du voile du palais, entre la naissance du nerf grand pétreux superficiel et le trou stylo-mastoïdien.

Ici zona collaris-occipito. Paralysie deux jours après avec troubles du goût et de l'ouïe.

Chez le malade d'Eulemburg des douleurs précédèrent également l'éruption, il siégeait du côté gauche au niveau de l'articulation temporo-maxillaire et du trou stylo-mastoïdien, et s'étendait au cou. La paralysie se montra après l'éruption et il y eut diminution des réactions électriques des muscles paralysés, et légère déviation de la langue.

OBSÉRVATION III (STRUBING)

Strubing rapporte un cas personnel, c'est suivant Klippel et Aynaud, une demoiselle de 52 ans qui vers l'âge de 20 ans avait été sujette à des accès de migraine. Elle ressentit, à la suite d'un courant d'air, de violentes douleurs dans la moitié gauche du visage qui ne durèrent pas plus d'un quart d'heure et qui se reproduisirent les jours suivants avec les mêmes caractères.

L'éruption du zona qui siégeait sur les branches du maxillaire supérieur apparut trois ou quatre jours après le début des douleurs ; la paralysie faciale la suivit de très près, peut-être même se produisit-elle en même temps. Elle était située du côté gauche, limitée aux muscles cutanés et accompagnée deux jours après son début de réaction de dégénérescence. Comme troubles de la sensibilité, on notait de la douleur à la pression des nerfs sus et sous-orbitaires, du grand sympathique, du facial au trou stylo-mastoidien, des vertèbres cervicales et une diminution du goût dans les 2/3 antérieurs de la langue.

Strubing rapporte ensuite deux observations de Tryde.

L'une concerne un sourd-muet de 20 ans qui eut un zona sur le trajet du maxillaire inférieur du côté gauche ; trois jours plus tard apparut une paralysie faciale du même côté qui guérit au bout de quatre jours à la suite d'un traitement par les courants continus.

La seconde observation de Tryde rapportée par Strubing est celle d'une femme de 39 ans, enceinte ; quatre semaines avant son accouchement, apparut sur la moitié gauche du

cou, autour de l'oreille et sur l'épaule, un zona qui s'étendait jusqu'à la nuque et à la partie postérieure du cuir chevelu en arrière, jusqu'à la région molaire et à la commissure labiale en avant. Au moment de son accouchement une amélioration survint dans son état : l'exanthème devint pourtant plus florissant. Les jours suivants, on constata une paralysie motrice du facial. L'éruption disparut d'abord, puis la paralysie fut guérie par les courants continus.

Les deux autres cas rapportés par Strubing sont ceux de Grunongh et de Coob.

Grunongh a vu un tuberculeux présenter peu après un zona occipito-cervical, une paralysie faciale du même côté qui guérit en cinq semaines.

Disons que cette observation est sujette à caution puisqu'elle se produisit chez un tuberculeux.

Coob vit un zona dans la moitié droite du cou et du visage suivi de paralysie faciale du même côté, terminé également par la guérison.

Remack, dans un cas échappé à MM. Klippel et Aynaud et différent de celui publié par Voigt a vu des douleurs occuper l'oreille droite pendant huit jours. A ce moment elles furent suivies d'une paralysie faciale complète et d'un zona qui occupa les $\frac{2}{3}$ antérieurs de la langue du même côté que la paralysie, zona et paralysie se produisirent en même temps.

Il n'y eut pas de troubles de la sensibilité générale ni du goût.

OBSERVATION IV (Testaz)

Le nommé Emile L..., 18 ans, bijoutier, entre le 12 février 1885, salle Andral, à Saint-Antoine.

Pas d'antécédents à noter.

Le 22 janvier, après avoir pris un bain, il eut froid en se promenant tard le soir.

Deux jours après, il éprouvait une forte douleur dans le fond de l'oreille avec battements dans la tête, le soir en se couchant, comme si on lui tiraillait et perforait le tympan.

Pas de douleurs ailleurs, mais il ressent des démangeaisons sur le côté gauche de la face qui paraît enflé. Le lendemain matin du jour où il a commencé à sentir la douleur, il se fit une éruption de vésicules pleines d'un liquide incolore; au bout de trois jours, elles se transforment en croûtes qui démangent davantage; ces vésicules sont disposées en trois groupes arrondis: l'un grand comme une pièce de 5 francs au niveau de la pommette; les deux autres grands comme une pièce de 0 fr. 50 au milieu de la joue et à un centimètre de la commissure labiale; du côté droit, absolument rien.

Un médecin porta le diagnostic de zona. Les dents du côté gauche étaient douloureuses au point que le malade ne pouvait mâcher les aliments, les gencives saignaient.

Vers le 6^e jour toute douleur disparut, mais le malade s'aperçut tout à coup que sa bouche était fortement déviée à droite. Ses aliments s'accumulaient dans le sillon gingivo buccal. Le malade ne peut ni siffler, ni jouer de la flûte.

La salivation est abondante, l'œil gauche se ferme mal.

Il y a de l'épiphora. Les phénomènes de paralysie durent cinq jours tout en décroissant peu à peu.

Etat général a toujours été bon.

Le 9 février, reprise des douleurs et le malade entre à l'hôpital le 12 février.

Le 13 février. — *Etat actuel.* — La douleur existe à l'entrée du conduit auditif externe. La région présente un peu de douleur diffuse. La douleur est vive au niveau du tragus. Il y a un peu de douleur à la pression sur le trajet du nerf maxillaire inférieur au niveau de la pommette. On ne réveille pas de douleur à la pression du front, de la tempe, et des trous sus-orbitaire et mentonnier. La sensibilité explorée avec une épingle est conservée. Sur la peau on voit des taches rougeâtres aux points où siègent les croûtes, traces des anciennes vésicules d'herpès.

Il y a un peu d'asymétrie faciale, toutefois la bouche n'est pas déviée, sauf quand le malade montre ses dents.

La commissure gauche présente quelques mouvements convulsifs, il existe une sorte de tic dans le côté gauche de la face; la langue n'est pas déviée, la lèvre l'est énormément à droite. La déglutition difficile dans les premiers jours s'effectue bien maintenant. La salivation qui était abondante est normale. L'œil ne peut se fermer complètement.

L'ouïe très affaiblie à gauche; une montre appliquée sur l'oreille est entendue un peu, mais à 2 ou 3 centimètres elle ne l'est plus.

Le goût est un peu altéré, car de l'acide salicylique mis sur la langue dans la moitié gauche n'est pas perçu. Etat général bon.

Le 15. — Le voile du palais n'est plus dévié, la douleur

disparaît le soir. L'œil se ferme complètement par un peu d'effort. L'œil revient un peu.

Le 17. — Plus de douleur. Il reste un peu de déviation de la bouche quand le malade montre ses dents.

Le 20 février, il reste un peu de faiblesse lors de la fermeture de l'œil.

Il y eut donc paralysie au sixième jour. Le voile du palais y participa. L'ouïe et le goût furent affaiblis. Guérison peu à peu complète de la paralysie vers le vingt-deuxième jour. L'éruption siégeait sur la joue gauche.

OBSERVATION V (Besnier)

M. X..., après avoir éprouvé pendant plusieurs semaines des douleurs vives dans la région cervicale du côté droit, douleurs prémonitoires qui avaient permis au Docteur Ernest Besnier d'annoncer l'apparition prochaine du zona, fut atteint d'un zona étendu de la région cervico-occipitale droite. Au moment de la dessiccation complète de l'éruption zostérienne qui d'ailleurs était demeurée bénigne, on vit apparaître vers la deuxième semaine une paralysie faciale du même côté. Cette paralysie de la face dans laquelle l'orbiculaire était atteint et qui présentait tous les caractères d'une paralysie périphérique, disparut au bout de 6 semaines sans laisser la moindre trace.

M. Besnier en communiquant cette observation à M. Letulle ajoutait quelques réflexions intéressantes.

Il notait entre autres choses que la malade n'avait pas eu notion du refroidissement auquel était probablement due l'éruption zostérienne, et il ajoutait : « Mais il n'est pas

du tout probable qu'un autre refroidissement ait pu se produire secondairement à l'éruption, car, avant même que cette éruption se fut manifestée, toute la région latérale droite de la tête avait été largement enveloppée de ouaté. Au moment de l'apparition de la paralysie faciale, la face, la nuque et le cou étaient encore enfouis dans la couche chaude de coton. D'ailleurs les conditions hygiéniques étaient des meilleures. »

Dans l'esprit de M. Besnier, cette paralysie faciale secondaire ne devait pas se rattacher à un coup de froid; cet éminent observateur supposerait plutôt « un acte secondaire transmis de la lésion principale au nerf facial du même côté. »

Le froid n'a pas agi davantage pour provoquer le zona que pour la paralysie faciale.

Non seulement à cause du temps écoulé entre le début du zona et la paralysie faciale, mais encore du peu de probabilité de l'action tardive d'un air froid.

Nous retiendrons que la paralysie survint à la fin de la deuxième semaine et dura six semaines.

OBSERVATION VI (Letulle)

Paralysie faciale gauche. — Fièvre herpétique. — Herpès du conduit auditif externe. — Névralgie du trijumeau gauche. — Guérison rapide de la paralysie motrice. — Hyperesthésie faradique tardive.

Le nommé X..., tailleur, est âgé de 30 ans.

Le 8 octobre 1881, à 10 heures précises du matin, cet homme s'aperçoit tout à coup en travaillant, que la moitié
Gaudu.

gauche de sa face s'immobilise progressivement et qu'il ne peut plus fermer les paupières. De plus les mouvements de la mâchoire sont douloureux. Le matin en se réveillant, il n'avait rien constaté d'insolite, il se rappelle seulement que la nuit précédente, il avait été atteint de diarrhée à plusieurs reprises, mais il ne se souvient pas d'avoir eu froid.

Le surlendemain, nous voyons le malade pour la première fois. Il existe une paralysie faciale légère gauche, sauf pour l'orbiculaire palpébral qui est presque parfaitement conservé, elle est égale d'un côté à l'autre; le voile du palais est intact; il n'existe aucune douleur dans la face.

Le quatrième jour 12 octobre, des changements considérables se sont produits.

Le malade a été pris, durant la nuit, d'un accès de fièvre violent, avec céphalagie, frissons répétés, vomissements.

Nous le trouvons porteur d'un herpès labialis bilatéral très confluent; il se plaint de douleurs sourdes et lancinantes occupant toute la moitié gauche de la face. La pression même légère éveille une douleur intense aux points de Valleix et en particulier pour les points sus et sous orbitaires, naso-lobaire, auriculo-temporal et enfin au niveau même du conduit auditif externe gauche.

Il est impossible vu l'état du sujet d'examiner la contractilité faradique.

Le 13 octobre. — La sensibilité tactile et la sensibilité électrique paraissent égales des deux côtés, mais spontanément le malade éprouve des douleurs dans la joue, dans l'œil, dans l'oreille.

Le malade n'a plus de fièvre, mais la paralysie a considérablement augmenté.

Aucun des muscles ne répond à gauche à l'excitation faradique.

L'herpès labialis se dessèche déjà.

Le 15. — Les douleurs spontanées s'atténuent ; on découvre dans le conduit auditif externe sur la planche, tout près de son orifice externe, un ilot de vésicules d'herpès desséché. Il est bon de noter que ce conduit reste le point le plus douloureux à la pression.

Pendant cinq jours le même état d'inertie musculaire persiste, mais la paralysie n'augmente pas. Les douleurs spontanées disparaissent, les points de Valleix persistent.

Le 21. — 14^e jour, le malade peut pour la première fois mâcher librement.

Il a subi tous les jours, depuis le 13, une séance de faradisation.

Nous remarquons, pour la première fois, que la commissure labiale gauche se soulève légèrement au moment où l'on supprime le courant, de même l'orbiculaire des paupières arrive à fermer presque complètement l'orifice palpébral lorsqu'on commande au malade de fermer les yeux.

Le 22. — Les mouvements de la commissure labiale gauche, lors de la rupture du courant sont plus appréciables encore et l'on peut démontrer qu'il s'agit d'une contraction du grand zygomatique.

Même état jusqu'au 25 octobre, où l'on constate qu'il existe toujours en même temps qu'une sensibilité normale au simple contact, une hyperesthésie bien nette à la pression sur les points de Valleix.

Le 30, quelques légers mouvements dans les muscles frontaux et sourcilliers surtout appréciables au moment où

l'on supprime le courant faradique et lorsque le rhéophore est appliqué sur le frontal.

A l'état de repos la déviation de la face est de moins en moins accusée. Les paupières se ferment spontanément d'une façon presque complète et le grand zygomatique fonctionne assez bien.

Enfin le 1^{er} novembre, 24^e jour de la maladie, le frontal répond bien mieux que la veille, le sourcilier excité directement par un courant léger déplace manifestement la tête du sourcil, et le muscle de la houppe du menton se contracte assez énergiquement lorsqu'un des excitateurs est appliqué sur lui.

Le 4. — Les progrès sont très remarquables; l'orbiculaire des paupières, l'orbiculaire des lèvres, le triangulaire se contractent très énergiquement et le pli naso-génien s'accuse quelque peu.

Le 6. — La sensibilité faradique paraît beaucoup moins vive du côté paralysé que du côté sain, quoique les divers autres modes de la sensibilité soient normaux.

Il n'y a plus d'autre point de Valleix que le point sous orbitaire. On note un certain degré d'hyperexcitabilité musculaire au choc (Zygomatique, triangulaire, etc.)

Le malade revu pendant plusieurs mois fut considéré comme définitivement guéri.

La paralysie faciale a donc débuté le deuxième jour. Elle a commencé à décroître le treizième et la guérison fut complète le vingt-septième jour.

OBSERVATION VII (Darabseth)

Paralysie de Bell accompagnant un herpès zoster.

Guérison.

Le 4 janvier 1894 un malade indien âgé de 35 ans, vint demander conseil pour une éruption vésiculeuse de la moitié droite de la face, du cou et du thorax.

Au dire du malade, l'éruption fut remarquée sur le côté droit de la poitrine le 28 décembre 1893, c'est-à-dire huit jours avant et s'étendit ensuite au visage. Elle était d'abord, dit-il, rouge et enflée comme la piqure d'un moustique, légèrement surélevée sur la peau environnante et de consistance solide ; mais les éléments commencèrent à se remplir de liquide au bout de deux ou trois jours. En quatre jours les vésicules s'étendirent du tronc au cou, l'éruption était complète le 31 décembre.

Aucune nouvelle éruption ne fut notée après celle là qui avait été accompagnée de symptômes fébriles, mais sans prodromes. Le quatrième jour l'éruption s'étendit au visage, il survint du gonflement de la face et des fourmillements douloureux dans l'oreille et au dessous derrière l'angle du maxillaire inférieur. Il n'avait eu aucune poussée d'herpès antérieure et n'avait jamais souffert de l'oreille auparavant. Il ne pouvait indiquer la cause d'apparition à cette éruption.

En examinant les vésicules sur le cou, vésicules qui sont au nombre d'environ 35, on voyait qu'elles s'étendaient du bord inférieur du maxillaire jusqu'à la clavicule et de la ligne médiane jusqu'au bord postérieur du trapèze. Sur le

tronc, l'éruption occupait le quatrième espace intercostal en avant et en arrière et suivait le trajet du quatrième nerf intercostal. Sur le visage elle remontait derrière l'oreille, sur l'apophyse mastoïde, à la région temporale et sur le front. Il y avait aussi quatre vésicules sur la joue, sur une ligne correspondant à la branche buccale du nerf facial. Toutes ces éruptions étaient vésiculeuses, contenaient un liquide clair, aqueux, sauf quelques-unes sur la face antérieure du thorax qui commençaient à se dessécher. Comparée à celle du côté sain, la sensibilité du côté malade était diminuée. Le sujet sentait la piqure d'une pointe d'aiguille comme une pointe émoussée.

Il se plaignait d'une sensation de brûlure, d'engourdissement dans toute l'étendue de la lésion et de fourmillement dans et derrière l'oreille avec en même temps des piqures douloureuses.

Les éléments éruptifs avaient des dimensions variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois. Ils étaient isolés et n'avaient aucune tendance à la confluence. Pendant que le malade racontait son histoire, la mimique anormale de son visage rendait évidente la paralysie faciale droite, mais, fait curieux, il ne s'en douta que lorsque son attention fut attirée de ce côté.

Il avait une paralysie plus ou moins complète du côté droit de la face. Il était incapable de froncer et de relever le sourcil du côté malade. Lorsqu'il souriait ou causait, un côté de son visage restait sans expression. Il ne pouvait pas siffler, ni souffler, ni cracher proprement et la joue était repoussée par les fortes expirations.

Il y avait une notable diminution de la sensibilité cutanée du thorax, du cou et du visage du côté malade,

Pas d'abaissement du voile du palais, ni de déviation de la luette.

Le malade se plaignait de fourmillements douloureux dans l'oreille et dans le voisinage, mais il n'y avait pas de troubles de l'ouïe.

A l'examen, l'oreille fut trouvée saine, bien que la peau du voisinage de l'orifice externe fût légèrement gonflée.

Le côté droit du visage était tuméfié et semblait plus grand que le côté gauche.

Le sens du goût était altéré, tout semblait insipide.

Les aliments s'accumulaient entre les dents et la joue droite et il était obligé de les retirer avec ses doigts.

Comme il ne s'était pas aperçu de sa paralysie, il ne pouvait donner la date du début ; mais ses aliments, disait-il, s'accumulaient derrière sa joue depuis 3 jours, et comme l'éruption générale remonte à 8 jours, celle de la face à 4 jours, il est probable que la paralysie a débuté le jour qui a suivi l'apparition de l'éruption au visage.

6 janvier (6^e jour). — Tous les éléments éruptifs du thorax, quelques-uns de la face et du cou sont desséchés.

12 janvier. — Les croûtes sont toutes tombées, la paralysie faciale s'améliore. Le malade ferme l'œil à peu près bien, mais il ne peut pas encore siffler. Il peut produire un certain degré d'élévation des sourcils.

19 janvier. — Le patient est beaucoup mieux, il peut siffler et les aliments ne s'accumulent plus derrière la joue droite. Il peut fermer l'œil, mais la contraction volontairement énergique de l'orbiculaire ne peut arriver à plisser la peau des paupières.

Il a encore des fourmillement d'oreille ; mais aucune douleur lancinante.

24 janvier. — Le patient est entièrement guéri, il ne reste aucun signe de la paralysie antérieure. Il peut fermer avec force les deux yeux et mouvoir facilement tous les muscles du visage. Pas de douleur d'oreille. Taches pigmentées à la place des vésicules. Légère anesthésie de la zone pigmentaire, mais pas aussi marquée qu'auparavant.

La paralysie faciale accompagne rarement une attaque d'herpès zoster de la face. Il y a eu guérison au 28^e jour après l'apparition de l'herpès.

La douleur d'oreille et du voisinage siégeait, je pense, dans le nerf facial.

Cette douleur était augmentée par la pression derrière le pavillon et l'angle de la mâchoire, mais les mouvements imprimés à l'oreille ne causaient aucune douleur.

La paralysie pouvait avoir une origine réflexe, mais à cause de la nature des douleurs je pense qu'il s'agissait d'une névrose.

L'éruption s'étendit donc du 4^e espace intercostal à la joue. La date d'apparition de la paralysie n'est pas connue ici d'une façon précise, nous savons seulement qu'elle ne survient pas après le huitième jour. Il y eut guérison le 28^e jour de l'herpès.

OBSERVATION VIII (Rabbé)

Le nommé X..., vient le 4 janvier 1855 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, pour une éruption vésiculeuse apparue sur la joue droite. Le diagnostic est fait de zona de la branche sous-orbitaire du maxillaire supérieur; on indique un pansement à la poudre d'amidon.

Le 8 janvier, il s'est produit une modification considérable et voici ce que nous observons :

Il y a cinq jours il se trouva un peu souffrant, mal à l'aise avec de l'anorexie et un sentiment de dégoût pour les aliments, des nausées, de l'affaiblissement musculaire.

Il continua son travail malgré sa fatigue et au bout de trois jours ces phénomènes disparurent.

Dès le premier jour il s'était purgé avec 30 gr. de sulfate de magnésie.

La veille de sa présentation à St-Louis, c'est-à-dire avant hier (le 3) il éprouva dans la moitié droite du visage une douleur vive, surtout au-dessus de l'œil et dans la région sus-orbitaire. Cette douleur s'accompagnait d'une exagération de la sensibilité cutanée, car le moindre frottement sur le front ou la peau de la joue de ce côté était douloureux, en même temps il remarqua un peu de rougeur sous forme de points espacés et séparés sur la joue.

Le lendemain l'éruption s'était développée et les vésicules étaient à la période d'état.

Lors de notre examen nous voyons sur la partie moyenne de la joue droite un groupe d'une trentaine de vésicules isolées les unes des autres, formant un placard irrégulièrement triangulaire à base supérieure. Cette éruption s'arrête en haut un peu au-dessus de la paupière inférieure, en bas elle dépasse l'extrémité inférieure du nez.

En dedans elle s'avance tout près du sillon naso-génien. En dehors elle s'étend jusqu'à la partie moyenne de la joue. Toute cette surface est rouge avec, par-ci par-là, quelques îlots de peau saine, irrégulièrement découpés, ce qui tient, à ce que les aéroles confluentes en certains points, ne le sont pas en d'autres. Les vésicules sont claires, transpa-

rentes, d'apparence nacrée, du volume d'un gros grain de chénevis. Leur centre est aplati et même légèrement concave; l'aspect de ces vésicules est absolument caractéristique et le diagnostic de zona s'impose.

Dans la journée d'hier, le malade a commencé à souffrir de l'œil du même côté et il s'est aperçu que cet œil était rouge. Ce matin cette rougeur est très nette, la conjonctive oculaire et palpébrale est très hyperémisée, légèrement tuméfiée; mais en outre près du bord externe de la cornée se voit une vésicule très analogue aux précédentes quoique de volume un peu moindre.

Sur la conjonctive oculaire près de cet élément, il y en a un deuxième, plus gros. Tous deux sont remplis d'un liquide clair et transparent, ce qui indique la date récente à laquelle elles sont apparues. Les paupières sont légèrement œdématisées. Le malade souffre de l'œil, il a la sensation de corps étrangers, de grains de poussière roulant entre la paupière et l'œil; il tient ce dernier fermé et ne peut supporter la lumière.

L'examen du viscère ne révèle rien d'anormal: poumons sains, urines non albumineuses.

La lésion oculaire nous lui fait conseiller d'aller consulter un oculiste pour que le traitement puisse être dirigé de façon à éviter les complications oculaires si fréquentes au cours du zona ophtalmique et qui en font la gravité. Il se présente à la clinique des Quinze-Vingts où nous le retrouvons.

Les manifestations oculaires du zona cédèrent rapidement et sans complications à des pulvérisations d'iodoforme et à des collyres à l'atropine; fait plus important, au 4^e jour qui suit l'apparition du zona, nous remarquons un léger

degré de paralysie faciale; le malade d'ailleurs attire notre attention sur ce point. Il avait remarqué ce matin 8 janvier, que sa bouche était de travers, et que certains mouvements étaient impossibles. Il ne pouvait, par exemple, ni souffler, ni siffler, etc...

Nous notons une déviation de tout le visage vers le côté gauche.

La commissure droite est plus rapprochée de la ligne médiane. Les sillons naso-génien, etc... sont moins marqués du côté droit que du côté gauche.

Le côté droit du visage semble plus lisse, plus étendu, il est plus antérieur; les mouvements d'ouverture de l'œil droit se font très bien; mais l'occlusion n'est qu'incomplète. L'odorat et le goût ne sont nullement altérés. En somme ce malade est atteint d'une paralysie faciale du côté droit; cette paralysie est incomplète; car sous l'influence de la volonté des contractions légères peuvent encore se produire dans les muscles de cette moitié de la face.

L'état de l'œil s'améliore, les vésicules rompues ont laissé quelques exulcérations superficielles. Le même traitement est continué.

Le malade nous dit ne pas s'être exposé au froid ces jours derniers: il s'enveloppe très chaudement pour venir à la consultation et ne sort pas pendant la journée.

Nous ne trouvons aucune explication de cette paralysie faciale que nous sommes contraints de considérer comme une complication de l'herpès zoster. On n'applique aucun traitement à la paralysie.

Quatre jours après nous revoyons le malade qui n'a plus en fait de zona, que des croûtes violacées avec une auréole légèrement pigmentée,

Les excoriations cornéennes et conjonctivales ont disparu : iris normal réagissant très bien à l'atropine ; il n'existe autour de la cornée aucun cercle vasculaire symptomatique d'iritis, mais seulement un peu d'injection générale de la conjonctive.

La paralysie faciale ne s'est pas modifiée, elle persiste sans croître ni diminuer.

Sur notre demande, il vient nous revoir le 28 janvier, il est alors complètement guéri.

Pas de traces de lésions oculaires, pas la moindre rougeur de la conjonctive.

Sur la joue droite il y a encore des macules brunâtres, dont la pigmentation est d'ailleurs peu accusée.

La paralysie faciale est entièrement guérie : le visage est parfaitement symétrique et aucune déviation ne se produit dans les actes précités.

L'occlusion de l'œil est parfaite.

C'est le cinquième jour que la paralysie débuta, elle dura vingt jours.

OBSERVATION IX (Grassmann).

En 1897 (3), Grassmann rapporte l'observation que voici : une femme de quatre-vingt-un ans, après avoir eu des douleurs sur le territoire du plexus cervical du côté droit, présente sur les branches de ce plexus une éruption d'herpès zoster. Pendant la durée de l'éruption, un œdème se produisit sur la joue droite et onze jours après l'apparition du zona la malade est atteinte d'une paralysie faciale du même côté qui disparaît au bout de six semaines, en laissant après elle une névralgie persistante du plexus cervical. De

plus, chez cette femme, en dehors des phénomènes de paralysie et d'irritation vaso-motrice, il y eut des troubles sensitifs : elle avait de l'hypo-acousie à droite et elle accusait une sensation de fadeur lorsqu'on déposait sur la moitié droite de sa langue une substance aigre ou salée.

OBSERVATION X (Raymond).

L'observation concerne une nommée E..., âgée de quarante-et-un ans, couturière.

La recherche de ses antécédents pathologiques héréditaires ne nous a rien révélé de bien intéressant. Jusqu'au début de la maladie actuelle, E... s'est toujours bien portée. Elle a donné le jour à trois enfants vivants et bien portants. En outre, elle a fait deux fausses couches qui se sont produites l'une et l'autre à une époque peu avancée de la grossesse. Il y a là de quoi éveiller dans notre esprit un soupçon d'infection syphilitique antécédente. Toutefois, dans les renseignements que nous avons pu recueillir dans le passé de cette femme et dans les résultats de l'examen que nous lui avons fait subir, rien ne confirme ce soupçon. Jamais non plus la malade n'a eu quelque autre maladie infectieuse.

Le début des accidents remonte à un mois environ. A cette époque, E... se trouvait en visite chez des parents à Auxerre en compagnie de ses enfants. Pendant toute la durée de cette villégiature et en particulier pendant les derniers jours, elle n'avait rien remarqué d'insolite dans l'état de sa santé ; elle n'avait eu ni maux de tête, ni bourdonnements d'oreille, ni mal de gorge. Le matin du jour de son départ, elle était en train de déjeuner, lorsque vers 11 heu-

res elle éprouva une gêne très prononcée à faire mouvoir le côté droit de la face. Cela ne l'empêcha pas de se mettre en route.

Pendant le trajet en chemin de fer, la gêne des mouvements du côté droit de la face augmenta très rapidement, au point que la malade éprouvait une grande difficulté à parler. Le soir, elle avait le bord de la langue couvert d'une éruption de boutons. Le lendemain matin, le médecin qu'elle avait fait venir, constata l'existence d'une éruption analogue sur le voile du palais; elle raconte qu'elle lui a entendu prononcer le mot de zona. Elle se rappelle pourtant que les boutons empiétaient un peu sur la moitié gauche du voile du palais et du bord libre de la langue.

Ils ont laissé à leur suite des ulcérations superficielles, qui ont mis un mois à disparaître. « Pendant près de trois semaines, nous a-t-elle dit, ma langue était à vif. »

Dès le deuxième jour qui a suivi l'éclosion de ces boutons, les ganglions sous-maxillaires se sont engorgés à droite; cet engorgement était douloureux, il a persisté pendant plus de quinze jours. A ce propos, il importe d'ajouter que le jour même de l'éruption une mouche de Milan avait été posée au-devant de l'oreille droite. On pourrait donc à la rigueur être tenté de mettre l'engorgement ganglionnaire sur le compte de la légère vésication qui s'est produite dans ces conditions; m'est avis qu'il est apparu consécutivement à l'éruption zostériforme.

En fait d'autres manifestations concomitantes, je note de l'anorexie et un état saburral de la langue, mais sans troubles gastro-intestinaux bien nets, sans vomissements ni diarrhée; il y avait, au contraire, de la constipation, état qui est habituel chez cette femme.

Je vous ai dit que dès le début de sa paralysie faciale, E... éprouvait une grande gêne pour parler. La difficulté n'était pas moins grande pour manger ; les aliments introduits dans la bouche s'accumulaient entre les gencives et la joue du côté droit. Au surplus, la déglutition s'effectuait normalement. En outre, E... s'était aperçue d'une légère *hyperacousie* à droite, *mais sans qu'elle eût de douleurs d'oreille proprement dites*. Par moments, elle ressentait quelques légers élancements douloureux dans le côté droit de la figure.

Le traitement qu'on lui a fait suivre à cette époque a consisté dans l'application d'une mouche de Milan au-devant de l'oreille droite, ainsi que je vous l'ai dit déjà, en lavages de la bouche avec de l'eau boriquée, en applications du courant faradique sur le côté droit de la face répétées tous les deux jours, en frictions avec l'alcoolat de Fioraventi sur ce même côté, en purgations répétées ; la dernière en date a été prise le 7 octobre.

Jusqu'alors, la paralysie faciale droite s'était maintenue stationnaire et rien de nouveau n'était survenu ; le 7 octobre, sans cause apparente, le côté gauche de la face s'est paralysé à son tour. Par suite, la déviation des traits, en rapport avec l'hémiplégie faciale primitive, s'est effacée. Le visage est devenu immobile comme un masque. La difficulté pour parler a augmenté notablement.

Au bout de trois jours, les douleurs ont envahi le côté gauche de la face, principalement le front, la tempe, le devant de l'oreille, le bord libre du maxillaire inférieur. Elles affectaient le caractère *lancinant* ; plus violentes la nuit que le jour, elles empêchaient la malade de dormir. C'est alors que cette femme s'est décidée à venir nous consulter à la Salpêtrière.

Avant de vous faire connaître les résultats de l'examen dont elle a fait l'objet ici, *je tiens à relever un dernier détail, d'ordre étiologique ; il est relatif à l'intervention possible de l'élément a frigore.*

Pendant son séjour en Bourgogne, cette femme couchait dans une chambre dont la fenêtre avait un de ses carreaux cassés.

Toutefois il en était ainsi depuis le commencement de son séjour, et *elle affirme qu'à aucun moment elle n'a ressenti l'impression du froid.* Le détail que je vous signale méritait cependant d'être relevé. La malade a été examinée une première fois à la Salpêtrière par M. Huet, chef du laboratoire d'électrothérapie, qui a constaté l'existence d'une paralysie faciale double des plus nettes. En raison du caractère diplégique de la paralysie, il n'y avait pas d'asymétrie du visage, ni au repos, ni quand la malade entr'ouvrait la bouche. Le visage était sans expression, comme figé. Toutes les rides, notamment celles du front, avaient disparu ; je vous rappelle à ce propos qu'on a dit de la paralysie faciale double qu'elle était le meilleur des cosmétiques. La malade ne pouvait clore ses paupières qu'incomplètement et moins à droite qu'à gauche. Il existait de l'épiphora, mais qui se manifestait seulement lorsque la malade exposait son visage à l'air.

Lorsqu'elle parlait, elle articulait mal les mots, par suite de la paralysie des lèvres ; elle se plaignait tout particulièrement de la gêne qu'elle éprouvait de ce côté.

Elle ne pouvait déployer qu'une force très minime en soufflant. Elle éprouvait aussi une certaine gêne à ouvrir la bouche, mais cela paraissait tenir surtout aux douleurs provoquées, au-devant et au-dessous de l'oreille, par les

mouvements qui se passent dans l'articulation tempo maxillaire, lors de l'écartement des mâchoires.

La propulsion en avant de la langue se faisait également avec difficulté, mais sans la moindre déviation de la pointe.

Les mouvements de la luette et du voile du palais s'exécutaient normalement ; il n'y avait pas non plus de troubles du deuxième temps de la déglutition.

L'acuité auditive était intacte des deux côtés ; à droite, il y avait encore un peu d'hyperacousie pour les bruits tant soit peu violents, mais à cet égard on notait déjà une amélioration manifeste. La malade se plaignait d'une certaine gêne de la respiration, qui paraissait tenir à la flaccidité des ailes du nez.

En fait de troubles sensitifs, la malade accusait une sensation d'engourdissement au niveau de la pointe de la langue, et un émoussement de la sensibilité gustative. Elle racontait, par exemple, qu'ayant introduit un bonbon dans sa bouche, la veille, elle n'en avait perçu le goût sucré qu'à quelques centimètres de la pointe.

L'examen de la sensibilité de la face a donné lieu aux constatations suivantes : des deux côtés, la sensibilité objective était normale ; la malade se plaignait de ressentir des élancements douloureux au niveau de l'angle de la mâchoire, de chaque côté ; à ce niveau, la pression était légèrement douloureuse.

L'examen électrique a révélé un degré assez prononcé de R. D. à droite. De ce côté, l'excitation du nerf facial, de ses branches et des muscles qu'elles innervent, pratiquée avec des courants aussi forts que la malade pouvait les supporter (90 centimètres d'écartement des bobines) ne provoquait pas de contractions ; avec ces mêmes intensités de courant,

on obtenait de fortes contractions du temporal au masseter. Au contraire, l'excitabilité galvanique des muscles innervés par le facial, à droite, était exagérée ; les premières contractions étaient obtenues avec des intensités de courant comprises entre un demi et un m. a. ; elles étaient extrêmement torpides et N. E. C. était L. P. F. C.

À gauche l'excitabilité faradique des muscles de la face était bien conservée ; leur excitabilité galvanique était normale au point de vue qualificatif et au point de vue quantitatif. Il y a lieu de faire remarquer qu'à l'époque où fut pratiqué ce premier examen électrique, la paralysie faciale, à gauche, ne datait que de six jours ; on ne pouvait donc se prononcer sur l'absence de R. D. N'empêche que la conservation des réactions électriques de ce côté autorisait à prédire que la paralysie faciale serait légère, à gauche.

L'évolution ultérieure du cas a confirmé cette prédiction. Le 24 octobre, c'est-à-dire quinze jours après le début de la paralysie faciale gauche, M. Huet a constaté que de ce côté l'excitabilité galvanique et faradique du facial et des muscles qu'il innerve ne s'était pas modifiée sensiblement, sauf que dans l'élévateur commun et dans le frontal, P. F. C. se rapprochait davantage de N. F. C. Cependant, les contractions musculaires étaient assez vives et l'excitabilité galvanique n'était pas exagérée.

Bref, à cette date, pas plus qu'avant, il n'y avait de R. D. à gauche. Aussi bien, de ce côté, la paralysie s'était un peu amendée ; la tonicité des muscles était en voie de relèvement. La malade parlait avec moins de difficulté, elle parvenait à effectuer l'occlusion presque complète des paupières, à gauche. Toutes les prévisions étaient donc en faveur d'une prompte guérison de la paralysie faciale gauche.

Enfin, les douleurs que la malade ressentait dans le côté gauche de la face au moment de sa première visite à la Salpêtrière (12 octobre) avaient disparu en l'espace de quelques jours, sans doute sous l'influence du traitement institué qui avait consisté dans l'application du courant galvanique sur la face.

Cette amélioration de la paralysie faciale, à gauche, était plus prononcée encore, à la date du 30 octobre. La malade pouvait maintenant plisser le front, faire mouvoir sa joue, relever la commissure labiale, cloré complètement les paupières. A droite, les choses se maintenaient *in situ*; aussi l'asymétrie était-elle redevenue très nette. Le nez et la bouche se trouvaient de nouveau attirés vers la gauche.

Aujourd'hui, 11 décembre 1896, on constate l'état suivant: la paralysie faciale a entièrement disparu à gauche; de ce côté, tous les muscles se contractent normalement, et on ne constate plus de modifications des réactions électriques.

A droite, la paralysie faciale subsiste presque complète; la malade ferme incomplètement son œil droit; la commissure labiale est attirée en haut et à gauche; à droite, le pli naso-labial est effacé; l'aile du nez s'est affaissée.

L'examen électrique révèle que la R. D. subsiste presque aussi prononcée qu'au début de la maladie.

La sensibilité gustative est émoussée, au niveau du tiers antérieur de la moitié droite de la langue; à part cela on ne constate pas d'autres troubles de la sensibilité.

L'hyperacousie s'est dissipée.

OBSERVATION XI (Klippel et Aynaud).

Le nommé Al..., âgé de 35 ans, entre à l'hôpital le 20 décembre 1898. Voici ce que relève l'interrogatoire sur ses antécédents héréditaires et personnels : Son père qui était d'une bonne constitution, est mort à l'âge de 71 ans d'une paraplégie avec incontinence des matières et des urines ; la maladie avait duré 4 mois. Sa mère vit encore et est bien portante. Al... a eu 8 frères : il en a perdu un d'un « chaud et froid », les autres sont en bonne santé. Il a quatre enfants, il n'en a pas perdu en bas âge. Quant à lui, il a contracté en 1883, au Tonkin, les fièvres et la dysenterie. Il nie avoir eu la syphilis ; mais en 1888 il a eu la blennorrhagie de 1890 à 1891, Al... a fait des excès alcooliques ; il buvait au maximum deux litres de vin par jour, de la bière et un peu d'absinthe et beaucoup de café. Actuellement, il boit moins ; mais, cependant, deux ou trois fois par semaine, il lui arrive d'absorber dans sa journée deux litres de vin sans compter les apéritifs. Les signes fonctionnels de l'alcoolisme sont peu marqués. Al... dort bien, n'a pas de rêves professionnels ni de zoopsies ; il n'a que très rarement des pituites le matin.

Depuis quelque temps le malade s'est aperçu que le matin, lorsqu'il sortait, « ses yeux coulaient », mais ce phénomène durait peu de temps et il n'y attacha aucune importance.

Samedi dernier, 17 décembre, dans l'après-midi, et sans que ces accidents étaient été précédées d'aucun prodrome d'ordre général, Al... a eu des picotements, des élancements dans la moitié droite du front et de la partie antérieure de la

tête, jusque vers la suture lambdoïde. Malgré ces douleurs, il put accomplir son travail et ne se coucha qu'à 3 heures du matin. Dans la matinée du dimanche, il s'aperçut que par endroits, il avait de la rougeur sur le front. Les troubles de la sensibilité persistaient avec les mêmes caractères.

De plus, la tempe était tuméfiée. La paupière supérieure était normale. Ce n'est que le lundi 19 décembre, dans l'après-midi, qu'elle s'est oedématiée et abaissée; en même temps, quelques picotements se produisaient dans l'intérieur de l'œil. A ce moment, l'éruption sur la peau du front était complète et présentait les mêmes caractères qu'aujourd'hui.

Le mardi 20 décembre, le malade se réveille à une heure du matin en proie à des douleurs très vives; il sort de chez lui comme fou et va se promener.

Pas de modification des troubles subjectifs de la sensibilité; il est à noter que les douleurs étaient notablement exaspérées par le froid. L'état général continue à être bon: l'appétit est excellent; cependant depuis deux jours, Al. a eu quelques frissons.

Etat du malade le mercredi 21 décembre 1898: température le matin, 37°; le soir, 38°. On constate une éruption de plaques de zona sur la moitié droite du front, suivant la distribution du nerf sus-orbitaire et empiétant légèrement à gauche sur la ligne médiane. Sur le nez, il existe une plaque de zona à l'émergence du nerf naso-lobaire droit. La paupière supérieure du même côté, considérablement oedématiée est abaissée à sa surface: il y a quelques vésicules de zona réparties en plusieurs groupes. La paupière inférieure également oedématisée est saillante. L'œdème

s'étend à la joue qui est bouffie; par endroits, la peau est luisante et l'on peut voir à sa surface de fines artérioles injectées par le sang, se dessiner en rouge. On note aussi la tuméfaction de la région parotidienne.

Du côté du globe oculaire, on note une conjonctivite intense et un larmoiement assez abondant.

Paralysie faciale. Outre les symptômes oculaires qui viennent d'être signalés et qu'on constate en même temps que l'œdème, on trouve, du côté des muscles innervés par le facial, des signes physiques et des troubles fonctionnels évidents qui sont les suivants: le sillon naso-labial est abaissé à droite et beaucoup plus marqué que du côté opposé. La commissure des lèvres est également abaissée à droite. La face est symétrique. Les mouvements volontaires sont faibles et diminués dans toute la moitié droite de la face.

L'examen de la sensibilité générale donne les résultats suivants à droite: la sensibilité tactile est considérablement amoindrie dans tout le territoire du nerf sus-orbitaire; la sensibilité à la douleur est très augmentée dans le même territoire, ainsi que sur les plaques de zona et les paupières supérieure et inférieure du côté droit.

La pression des points correspondant aux divers rameaux de la branche ophthalmique de Willis, y compris le naso-lobaire, est très douloureuse.

A côté des troubles de la sensibilité générale, on note des troubles de la sensibilité.

Spéciale: Hypo-acousie à droite, agueusie pour le sulfate de quinine dans les deux tiers antérieurs de la langue. Le chloroforme et l'ammoniaque sont bien sentis par la narine

gauche ; à droite, le chloroforme est faiblement perçu, l'ammoniaque pas du tout.

Les appareils digestif, respiratoire et circulatoire sont sains. Du côté de l'appareil urinaire on note un peu de polyurie et de pollakiurie.

Les urines sont claires et ne contiennent, ni albumine, ni sucre, ni indican.

21 décembre. L'œdème de la face a diminué, le sillon naso-labial et la commissure des lèvres sont moins abaissés qu'hier.

22. Les douleurs qui étaient très vives, surtout la nuit ont diminué.

23. Température : 37°. Disparition des troubles du goût et de l'odorat.

24. Encore quelques douleurs surtout la nuit, les points douloureux à la pression ont disparu.

25. Le malade quitte l'hôpital dans l'état suivant ; à la figure l'œdème a complètement disparu ; à la paralysie faciale il ne subsiste qu'un légèrement abaissement du sillon naso-labial à droite. Un peu de ptosis de la paupière supérieure droite sur laquelle il n'y a plus d'œdème. Quelques rares douleurs à la face. Eruption presque complètement cicatrisée. Hypo-acousie à gauche, goût et odorat normaux des deux côtés.

En résumé. Au cours du zona, et dès les premiers jours, au moment de l'éruption, il se développa chez ce malade une paralysie dans le domaine du nerf facial du côté droit. Cette paralysie dépassait les limites de l'œdème de la face ; son évolution a été rapide et le phénomène en question n'a été qu'un accident assez léger, bien que incontestable, au cours du zona. Il a aussi existé dans ce cas des troubles de

la sensibilité à distance par rapport à l'éruption vésiculeuse, caractérisées par de l'anosmie de la narine droite (côté du zona) et de l'agueusie bilatérale des deux tiers antérieurs de la langue.

OBSERVATION XII

*Recueillie dans le service du docteur Thibierge
par M. Ferry, externe des hôpitaux*

Laure Benezat, âgée de 30 ans, entre le 17 janvier, salle Lorain. Sa mère morte en couches était très nerveuse. Son père est bien portante.

Antécédents personnels. — Régée à 16 ans. L'a toujours été très bien, n'a eu ni enfant ni fausse couche. Aucune maladie. Malade nerveuse, émotive, n'a jamais eu de crises.

Début. — Vers le 10 janvier, après avoir ressenti des sensations de cuisson très vives pendant une après-midi et une nuit au niveau de la région cervicale et rétro-auriculaire droite, s'aperçut le matin de rougeurs occupant cette région, rougeurs qui le lendemain commencèrent à se couvrir de vésicules.

La région était le siège de douleurs très vives qui empêchait la malade de dormir.

Le 16, veille de son entrée à l'hôpital, elle s'aperçut que sa bouche était de travers, et elle entendait moins bien de l'oreille droite.

17 janvier. Elle entre à l'hôpital.

Elle présente un zona cervical droit typique, on constate en effet, à la face externe du cou et dans la région occipitale droite, ainsi que dans la portion avoisinante du cuir

chevelu des vésicules de dimensions variables, depuis une tête d'épingle, jusqu'à former, par confluence, des bulles de 4 millimètres de diamètre entourées d'une très légère zone rouge.

Ces vésicules constituent, à la partie moyenne du cou une plaque, large d'un centimètre et allongée de 4 centimètres d'arrière en arrière en avant.

Les éléments du cuir chevelu sont assez rares, mais volumineux.

A la face, on constate au niveau du maxillaire inférieur 2 à 3 vésicules assez petites.

Sur l'oreille, on constate un ou deux petits éléments à la face externe du lobule et un groupe confluent dans le sillon postérieur.

Les lésions ne dépassent pas en bas la clavicule, elles sont absolument unilatérales et l'on ne constate aucun élément aberrant.

Les vésicules commencent à s'ouvrir.

Cette éruption s'accompagne de sensations superficielles et assez intenses de cuisson et de douleurs lancinantes, névralgiques, et occupant la même région, mais sans point absolument fixe.

Pas de phénomènes généraux.

Température 37°,5. Insomnie, à cause des douleurs.

Traitement : Pansement avec poudre d'amidon.

A côté de cela, la malade se plaint de voir augmenter la déviation de sa bouche, elle présente en effet le faciès d'une *paralysie faciale droite complète et typique*.

La face est déviée du côté gauche, les sillons ont disparu du côté

La bouche, tombante à droite, est fortement tirée en haut

et à gauche. La pointe du nez est tirée à gauche, la narine droite est entr'ouverte.

Tous ces signes s'exagèrent quand le malade veut parler.

L'œil est parfaitement ouvert, son occlusion complète est impossible.

Le front est lisse dans sa moitié droite, il est impossible de le plisser.

Il y a de l'épiphora. La parole est embarrassée, la mastication difficile, les aliments tombant toujours à droite.

La malade fume la pipe.

La langue est déviée du côté sain. Il en est de même de la luette qui l'est très nettement.

Quand la malade veut fermer l'œil droit, on voit le globe oculaire se porter en haut fortement ; l'occlusion des paupières est toujours incomplète.

Sensibilité générale : en dehors des douleurs dans la région où le zona a le plus de force, il n'y a pas de troubles subjectifs : objectivement, il n'y a ni anesthésie, ni hyperesthésie.

Troubles fonctionnels : aucun trouble accusé par la malade lorsqu'on fait l'essai du quinine à droite et à gauche.

La salive semble être égale des deux côtés.

Odorât : normal.

Vue : normale.

Ouïe. En même temps que la bouche se déviait, la malade s'apercevait qu'elle entendait moins bien de l'oreille droite.

Les troubles ont augmenté. Elle n'entend plus une montre que si on l'applique sur le pavillon de l'oreille. Tandis que du côté gauche, elle l'entend à 50 centimètres.

Aucun trouble subjectif.

Les réflexes pharygien, cornéen et du nez sont égaux des deux côtés.

Troubles trophiques : néant.

La réaction sudorale n'a pas été recherchée.

Les réactions électriques n'ont pas été étudiées.

Au point de vue de son système nerveux général, la malade qui est impressionnable ne présente aucun trouble moteur, ni sensitif. Ses réflexes sont normaux : état mental normal.

Évolution. — Les jours suivants, le zona s'améliore, les vésicules se dessèchent peu à peu, les douleurs persistent cependant encore quelques jours; en même temps la paralysie faciale, qui semble avoir atteint son acmé vers le 19 janvier, c'est-à-dire trois jours après son début, s'améliore progressivement.

Le faciès reprend son aspect normal, le front commence à se plisser, puis l'œil à se fermer, la joue est moins tombante.

Le 22, le zona est presque complètement guéri, il ne reste plus que quelques éléments croûteux au niveau de la région extérieure du cou.

La paralysie faciale a presque disparu également. Il reste cependant une légère déviation de la face à gauche; et les traits à droite, sont encore moins accentués, ce qui se voit le plus au front, quand le malade le plisse. La langue et la luette ne sont plus déviées. L'œil se ferme complètement. Par contre, la malade n'entend pas très bien de l'oreille droite.

Elle sort le 22.

OBSERVATION XIII (Inédite)

Résumée et communiquée par M. Sainton, interne du service
de M. le professeur Debove.

Zona du plexus cervical superficiel du côté gauche.

Paralysie faciale légère du même côté.

La nommée H .. âgée de 50 ans entre dans le service de M. le professeur Debove, au mois de mars 1899.

C'est une femme n'ayant jamais fait jusque-là de grande maladie. Depuis 5 à 6 jours, elle a été prise des phénomènes généraux extrêmement légers, et a ressenti des douleurs violentes dans la région cervicale. Elle présente en même temps une éruption dont le début remonte à 4 ou 5 jours. Elle présente au moment de son entrée les caractères classiques du zona, les vésicules sont en pleine période d'éruption.

Elles sont à un état de développement moins accentué au niveau de la partie supérieure du cou qu'à sa partie inférieure. Elles occupent très exactement les branches du plexus cervical superficiel, auriculaire, cervicale transverse, occipitale (l'éruption occupe le cuir chevelu), etc...

Il existe des vésicules beaucoup moins confluentes au niveau du creux sus-claviculaire, où il n'existe que des vésicules aberrantes dont l'éruption paraît un peu postérieure à celle des vésicules précédentes.

Le zona suivit son évolution normale ; les éléments éruptifs étaient en voie de disparition quand survint, vers le huitième jour, une paralysie faciale gauche légère présentant tous les caractères de la paralysie faciale périphérique

avec atteinte du facial supérieur. Les réactions électriques ne sont point sensiblement modifiées ; tous les muscles réagissent au courant électrique également bien. La paralysie faciale persista pendant une quinzaine de jours, disparaissant graduellement.

La malade sortit au bout de trois semaines, guérie de sa paralysie faciale ; mais ressentant encore des douleurs atroces le long des trajets nerveux.

OBSERVATION XIV (Inédite)

Recueillie dans le service de M. le professeur Roger
à l'hôpital d'Aubervilliers.

Zona ophtalmique avec paralysie faciale du même coté (gauche).

Le nommé Br... M. âgé de 29 ans, profession de boulanger entre le 21 avril 1901 dans le service de M. le professeur Roger à Aubervilliers.

Voici ses antécédents :

Antécédents héréditaires : Rien à signaler.

Antécédents personnels : Pas d'éruption, ni de zona antérieurement.

Névralgies du trijumeau d'abord à gauche puis à droite, il y a 3 ans ; ces névralgies ont persisté ; pendant quinze jours, elles ont été très intenses.

L'été dernier le malade a présenté aux bras et aux jambes, une éruption qui a débuté par les espaces interdigitaux et qui paraît avoir été de nature acarienne.

Blennorrhagie il y a 7 ans.

Elat antérieur : Vers le 13 avril, après quelques névralgies gauches, il survint une éruption de quelques vésicules sur le front. Le malade continue son travail jusqu'au 20 avril. Ce jour-là il est reçu à Beaujon.

Le 21, il est envoyé de l'hôpital Beaujon ici, avec un diagnostic hésitant entre érysipèle et eczéma.

Le malade présente au front du côté gauche, une plaque rouge, s'arrêtant à la ligne médiane. Cette plaque est parsemée de vésicules nombreuses, disséminées sans ordre apparent. La paupière est très tuméfiée et obnubile l'œil. La cornée ne présente pas d'ulcération, mais la conjonctive est très injectée.

Le malade se plaint de douleurs lancinantes dans toute l'étendue du zona et dans l'œil. Une dent molaire supérieure, d'ailleurs cariée et plombée, lui fait également mal depuis le début de l'éruption.

Les ganglions sous maxillaires sont engorgés, mais pas douloureux.

Le cœur n'a rien.

Les poumons sont sains.

Le foie est normal.

Les urines n'ont pas d'albumine.

La température était 38,3 le 21 avril. A partir de ce moment elle est descendue graduellement et a atteint 37 le 28 avril.

Le 25 avril. Evolution normale et bénigne du zona. La conjonctivite cède aux lavages par le bleu de méthylène.

Le 3 mai, on remarque une parésie faciale gauche atteignant à la fois le facial supérieur et le facial inférieur.

Le malade ne peut siffler qu'à droite, les rides du front

sont moins marquées à gauche. Pas de troubles auditifs, ni visuels ; rien du côté du voile du palais.

Le 11 mai, la paralysie faciale s'est accentuée nettement : déviation de la pointe de la langue, la paupière gauche ne ferme pas complètement l'œil ; le malade ne peut siffler à gauche, etc., etc. Il y a une certaine gêne à la mastication, le malade ne pouvant faire passer ses aliments du côté gauche de la bouche au côté droit, sans l'aide de sa main appuyant sur la joue, État général bon. Faradisation.

Le 17 mai, il y a une certaine amélioration dans le degré de la paralysie : parole moins gênée, sifflement facile du côté atteint. Le malade quitte l'hôpital ce jour là.

Depuis, ce malade a été revu : La paralysie faciale est complètement guérie, mais le malade se plaint des quelques légères névralgies dans la joue gauche.

OBSERVATION XV (Klippel) inédite.

Zona de la moitié gauche de la face et du cou. — Paralysie faciale du même côté.

Il s'agit d'un homme de 30 à 40 ans, arthritique et nerveux ; cet individu, jusqu'ici bien portant, ressent dans le courant de la journée (14 février), quelques légers maux de tête qui ne l'empêchent cependant pas de vaquer à ses occupations. Dans la nuit et dans la journée du lendemain, les douleurs augmentent dans le territoire du trijumeau et deviennent très violents ; le surlendemain (16 février), le malade souffre un peu moins, et l'on aperçoit sur le côté gauche de la face une éruption vésiculeuse. On porte le

diagnostic de zona du trijumeau et du plexus cervical superficiel gauches. Dans le courant de la 2^e semaine de la maladie, alors que l'éruption commençait à disparaître, on vit survenir une paralysie faciale du côté gauche.

Cette paralysie fut très marquée, dura vingt jours et guérit sans complication ; il ne resta pas de douleurs après elle.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

Il nous semble utile, avant de terminer notre étude, de rechercher et d'étudier les différentes théories qui pourront nous expliquer la pathogénie de cette affection.

Voigt admet, pour expliquer la paralysie faciale dans le zona, « une affection de nerfs voisins les uns des autres, quoique agissant différemment dans une même région du visage, de la nuque et du cou. »

Hammerschlay invoque une diathèse rhumatismale. Franklin-Horwartz, dont la compétence fait autorité en la matière, attribue toutes les paralysies faciales à ce fait que le facial contient quelques fibres sensitives et vaso-motrices, mais, plus tard, modifiant sa première façon de voir, il admet qu'il s'agit simplement d'une lésion rhumatismale de la cinquième paire.

Avant de donner notre avis personnel, nous croyons devoir faire un court exposé des diverses théories admises jusqu'ici. M. Klippel en a ramené le nombre à quatre.

- 1° La théorie réflexe.
- 2° Théorie de la propagation.
- 3° Théorie de l'œdème.
- 4° Théorie zostérienne ou infectieuse.

1° *Théorie réflexe.* — Cette théorie ne date pas d'aujourd'hui. Elle est surtout commode pour expliquer l'amblyopie et l'altération de la pupille consécutive au zona de la première branche du trijumeau. M. Letulle s'en est fait le défenseur : pour lui, l'irritation zostérienne d'une branche du trijumeau pourrait, par son action sur les centres nerveux, déterminer la paralysie d'un nerf moteur, la septième paire par exemple.

Cette théorie, si nous ne considérons que le zona de la face, peut même expliquer certains cas d'amyotrophie. Nous savons, en effet, qu'une lésion périphérique, siégeant au niveau des articulations, peut entraîner des amyotrophies consécutives. De plus, grâce à des procédés de coloration, (méthode de Nissl), il est démontré depuis longtemps que les lésions périphériques retentissent presque toujours, peu ou beaucoup, sur les centres nerveux.

Tout ceci semble plaider en faveur de la théorie réflexe, et cependant une seule objection suffira pour la réfuter. MM. Klippel et Aynaud disent en effet que cette théorie est peu satisfaisante lorsque l'on constate que la paralysie faciale du zona « peut être un phéno-

mène à distance, une paralysie aberrante. » Ils font allusion à la paralysie faciale qui survient dans le zona intercostal ou cervical.

2° *Théorie de la propagation.* — Nous trouvons ici deux variétés de propagation : la première (Bouchut) est due à une névrite ascendante, remontant jusqu'au cerveau où elle se réfléchit sur les filets d'origine d'un autre nerf ; dans la deuxième variété, ce ne serait, d'après Daguenet, qu'une simple névrite par propagation de nerf à nerf.

! Sulzer se rattache à cette théorie : « La fréquence relative de la paralysie faciale dans le zona occipito-cellulaire (zona de la nuque et du cou) semble en effet parler en sa faveur. L'anse anastomotique qui existe entre la branche auriculaire du plexus cervical et le nerf facial, forme une voie de propagation toute indiquée. »

MM. Klippelet Aynaud reprochent à cette théorie de ne pouvoir expliquer l'étendue des paralysies, leur apparition quelquefois soudaine au cours du zona, enfin l'existence de cette complication dans les territoires où il n'existe pas d'anastomoses nerveuses. De plus, cette théorie est incapable, à elle seule, d'expliquer les complications oculaires bilatérales avec zona d'un seul côté.

3° — *Théorie de l'œdème.* — On sait depuis long-

temps que le zona s'accompagne de troubles vasomoteurs et d'infiltration. Celle-ci, dans certains cas, est celle qu'on croit avoir affaire à un érysipèle, témoin le malade de notre observation XIV. Dans certains cas même, l'œdème dépasse le territoire des vésicules et des douleurs.

En 1889, M. Klippel avait démontré que les nerfs et les muscles œdématisés dégénéraient. Partant de ce principe une question se posait : l'infiltration de la gaine des nerfs moteurs et du tissu musculaire pouvait-elle être l'origine de ces paralysies faciales que nous rencontrons dans le zona ?

Si nous acceptons cette théorie, quelle explication donnerons-nous dans les cas de paralysie faciale survenant dans le cas du zona intercostal ou cervical, où, par conséquent, la topographie de l'œdème est en discordance avec celle de la paralysie ? De plus, ces paralysies ne sont pas, au point de vue de la gravité, en corrélation directe avec le degré d'infiltration des tissus. Pour ces raisons, M. Klippel n'a pas admis l'œdème comme la cause de la paralysie faciale zostérienne.

On a fait aussi intervenir la théorie vaso-motrice pour expliquer l'éruption zostérienne « évidemment le zona est une affection cutanée due à un trouble trophique. » Mais si les phénomènes vaso-moteurs ont une certaine importance dans la nutrition, il ne faut pas

oublier que cette circulation n'est que secondaire et que le premier rôle revient entièrement au système nerveux.

Théorie infectieuse. — MM. Klippel et Aynaud se sont fait les défenseurs de cette théorie. « Le zoster, disent-ils, qui frappe un nerf sensitif, frappe en même temps un nerf moteur, et ils ajoutent que, dans les cas où les nerfs intéressés sont les nerfs crâniens, « si le zona est une infection à détermination nerveuse, cette infection peut dans certains cas être en action sur deux branches nerveuses dont l'une est sensitive et l'autre motrice, ou sur deux centres nerveux, si on admet de préférence l'origine centrale du zona. »

Ainsi interprétée, la paralysie faciale n'est plus une simple complication du zona, elle est le zona lui-même agissant sur le nerf facial ou sur son centre.

Cette théorie infectieuse suffit pour tout expliquer et c'est certainement la plus vraisemblable. Elle explique les accidents à distance, tels que les paralysies faciales survenant dans le cas de zona intercostal ou cervical, et par là même elle échappe aux objections que nous avons faites aux trois théories précédentes.

Nous admettons pleinement cette théorie et nous disons avec MM. Klippel et Aynaud : « Les douleurs, les anesthésies, les troubles trophiques et vaso-moteurs, les vésicules et les paralysies à distance ne sont

pas des complications du zona, mais le zona lui-même en action sur des nerfs différents ou sur leurs centres. Il nous semble que sa détermination sur le nerf facial peut être interprétée de la même façon. »

Nous ajouterons à ceci qu'il est possible d'admettre que cette action se face par l'intermédiaire d'une toxine. Peut être même cette toxine a-t-elle une action de prédilection sur le nerf facial comme l'aconitine sur le trijumeau et le plomb pour le nerf radial.

CONCLUSIONS

I. — Le zona est un syndrome infectieux caractérisé, lorsqu'il est au complet, par une légère fièvre, des douleurs névralgiques, une éruption vésiculeuse des troubles sensitifs et trophiques. Il peut présenter en outre des manifestations à distance, telles que : douleurs, troubles de la sensibilité, paralysies et, en particulier, paralysies faciales.

II. — La paralysie faciale zostérienne n'est pas due à une simple concommittance, elle reconnaît la même cause infectieuse que la maladie elle-même. L'apparition de la paralysie faciale se fait généralement dans les huit jours qui suivent le début de l'éruption vésiculeuse ; elle est toujours contemporaine de cette éruption et les phénomènes se succèdent habituellement dans cet ordre : névralgie, éruption, paralysie.

La paralysie faciale peut apparaître dans tout zona, quel que soit son siège et comme le dit M. Klippel : « Quand le zona se complique de paralysie faciale, l'éruption vésiculeuse peut n'intéresser la face que d'une façon accessoire ou même pas du tout. »

III. Les trois éléments du zona (névralgie, éruption, paralysie) peuvent être plus ou moins dissociés, plus ou moins isolés, sans pour cela cesser d'être une même maladie.

IV. — Pour les classiques anciens, les paralysies faciales zostériennes passaient pour des raretés pathologiques. Et, en effet, M. Klippel dans ses recherches récentes, n'a pu trouver que dix-sept cas de signalés jusqu'en 1898. Mais, depuis cette époque, le nombre de cas publiés semble démontrer une plus grande fréquence de ces paralysies : c'est ainsi que depuis l'année 1898 six nouveaux cas ont été publiés, et que nous-même avons pu, en cette seule année, en observer trois cas nouveaux.

Vu le Doyen, BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- CHARCOT. — Leçons sur les maladies du système nerveux recueillies à la Salpêtrière par M. Bourneville. Paris, 1872.
- HARDY. — Gazette des hôpitaux, 1873.
- BARTHÈS. — Du zona. Thèse de Paris, 1873.
- TROUSSEAU. — Clinique médicale. Tome I. zona.
- LETULLE. — Sur un cas de zona ophtalmique gangréneux compliqué de paralysie faciale. Arch. de physiol. 1882. II page 162.
- PITRES et VAILLARD. — Arch. de neurolog., 1883 page 113 et 290.
- LANDOUZY. — Semaine médicale, 1883.
- LEUDET. — Archiv. de méd., 1887.
- TESTAZ. — Thèse de Paris, 1887.
- DESPAIGNE. — Thèse de Paris, 1888.
- LETULLE. — Discussion sur l'étiologie du zona. Bul. Soc. clin., décembre 1888.
- BRISSAUD. — Cliniques. Zona.
- RABLE. — Contribution à l'étude de la paralysie faciale dans le zona thèse de Paris. 1896
- ACHARD et CASTAIGNE. — Pathogénie du zona. Gaz. hebdo. 1897. p. 1171.
- DUPONT. — Thèse de Paris, 1898.
- KLIPPEL et AYNAUD. — Jour. des praticiens, 15, avril 1899
Gaz. des hôp. 20 mai 1899.
- RAYMOND. — Cliniques sur les maladies du système nerveux, 3^e série. p. 615., 1898.
- LANNOIS. — Lyon médical, n^o 32, 6 août 1899.

CHAMPION. — Thèse de Paris, 1900.

BALLET. — Lésions nerveuses dans un cas de zona cervical (fièvre Zoster). Bul. et mém. Soc. méd. Hôpitaux. Paris, 1900. Pag. 706 à 709.

ACHARD. — Thèse de Lyon, 1900.

KAPYTOWSKI (W.). — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la peau dans l'herpès Zoster. — Gaz. lek. Warszawa, 1900.

SABRAZÈS et MATHIS. — État de sang (formule hémoleucocytaire). dans le zona idiopathique. compt. rend. Soc. de Biol. Paris, 1900 Pag. 1015 à 1016.

ACHARD et LÉPER. — Société de Biol, 15 mars 1901.

